UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 N° 429

Asthme et Puerpéralité

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1901

Par Edouard VALOT

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL DE BONE (Algérie).

NOMS DES EXAMINATEURS : M. RÉMOND, ✠ A., *Président.* — MM. AUDEBERT, RISPAL, FRENKEL, *Assesseurs.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE LAGARDE ET SEEILLE

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1901.

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 N° 429

Asthme et Puerpéralité

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1901

Par Edouard VALOT

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL DE BONE (Algérie).

Noms des Examinateurs : M. RÉMOND, ✠ A., *Président.* — MM. AUDEBERT, RISPAL, FRENKEL, *Assesseurs.*

ACAD. LIBR. BAT. GIRL.

TOULOUSE

IMPRIMERIE LAGARDE ET SEBILLE

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1901.

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. CAUBET, ✲, ✠ I.
ASSESSEUR	FRÉBAULT, ✠ I.

PROFESSEURS.

Anatomie	MM. CHARPY, ✠ I.
Histologie normale	TOURNEUX, ✠ A.
Physiologie	ABELOUS, ✠ A.
Anatomie pathologique	TAPIE, ✠ I.
Pathologie et Thérapeutique générales	HERRMANN, ✠ I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✲, ✠ I.
Pathologie externe	PENIÈRES, ✠ A.
Médecine opératoire	LABÉDA, ✠ I.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, ✠ I.
Hygiène	GUIRAUD, ✠ I.
Clinique médicale	CAUBET, ✲, ✠ I.
	MOSSÉ, ✲, ✠ A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, ✠ I.
	CHALOT, ✠ A.
Clinique obstétricale	CROUZAT, ✠ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND, ✠ A.
Pharmacie	DUPUY, ✠ I.
Chimie et Toxicologie	FREBAULT, ✠ I.
Matière médicale	BRÆMER, ✠ I.
Histoire naturelle	LAMIC, ✠ A.

CHARGÉS DE COURS.

Anatomie topographique	MM. SOULIÉ
Physique	MARIE. ✠ A.
Chimie	N.
Histoire naturelle	SUIS
Médecine légale	GUILHEM.
Bactériologie	MOREL, ✠ A.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY, ✠ A.
Clinique ophthalmologique	VIEUSSE, ✲.
Hydrologie	GARRIGOU, ✠ I.
Pathologie expérimentale	MAUREL, ✲ O., ✠ A.
Cours élémentaire aux Sages-femmes	AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Pathologie interne et Médecine légale	MM. MOREL, ✠ A.
	RISPAL.
	FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY.
	CESTAN.
Accouchements	AUDEBERT.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ.
Physiologie	BARDIER, ✠ A.
Chimie	N
Physique	N.
Pharmacie	N.

Secrétaire de la Faculté ..... M. CHAUDRON, ✠ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE, A MA SŒUR

Meis et Amicis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur RÉMOND

Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.

INTRODUCTION

Les quelques observations parues récemment sur l'asthme puerpéral nous ont donné l'idée de cette thèse. M. le professeur Audebert a bien voulu nous montrer l'intérêt qui pourrait résulter de cette étude; il nous a démontré en outre l'importance que cette question encore peu connue pouvait prendre au point de vue scientifique et au point de vue pratique.

Il n'en existe pas, à proprement parler, d'historique; quelques accoucheurs se sont occupés de ces cas, mais sans faire sur eux de travaux spéciaux et sans donner de conclusions susceptibles d'établir une étape dans l'étude de cette complication pathologique de la puerpéralité. Nous donnerons dans notre bibliographie le nom de ces auteurs et les titres de leurs articles; toutes leurs observations sont d'ailleurs reproduites dans notre thèse.

Nous nous contenterons d'ores et déjà de les

énumérer dans l'ordre chronologique suivant lequel ont paru leurs travaux.

Ce sont :

Hyde Salter, 1860 ;
Halliday Croom, 1892 ;
Chambrelent, 1893 et 1899 ;
Demelin, 1898 ;
Audebert, 1900-1901.

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

Plus qu'un autre nous avons été à même d'apprécier l'extrême bienveillance de M. le professeur Audebert. Il a bien voulu nous en donner la preuve pendant toutes nos études et à leur terme inspirer notre sujet de thèse. Nous le prions d'accepter l'assurance de notre profonde gratitude.

Nous ne saurions assez remercier M. le professeur Rémond de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous nous garderons d'oublier MM. les docteurs Quintard, Boude, Petrolacci et Sylve et les bons conseils qu'ils nous ont donnés pendant les années d'internat que nous avons passées à l'hôpital de Bône.

Enfin merci aux bons camarades de Toulouse qui nous ont accueilli avec tant d'affabilité et surtout à l'ami Dargein que nous avons mis si souvent à contribution.

PREMIÈRE PARTIE

ASTHME EN GÉNÉRAL

L'asthme essentiel doit être considéré comme une névrose se manifestant, comme les autres névroses, par des attaques ou crises.

La crise de l'asthme est caractérisée par deux éléments fondamentaux :

1° Dyspnée spéciale, seulement expiratoire comme dans l'emphysème à l'inverse des dyspnées d'origine congestive ou phlegmasiques.

2° Troubles vaso-sécrétoires : toutes les muqueuses de l'appareil respiratoire deviennent pendant la crise et en quelques instants le siège d'une abondante exsudation. La nature du produit de la sécrétion appelle l'attention par sa viscosité exceptionnelle : les crachats sont glutineux, vermiformes, ont été comparés à des fragments de vermicelle.

Cet exsudat qui constitue les crachats perlés de Laënnec montre au microscope des filaments muqueux parfois roulés en spirales, spirilles de Curschmann. On y trouve encore les moules des canaux bronchiques, les cristaux octaédriques de Charcot-Leyden et les cellules éosinophiles de Müller qui du reste ne sont pas des signes caractéristiques de l'asthme.

Cette expectoration marque la fin de la crise.

Pour G. Sée la maladie est trois fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme ; par contre, la statistique de Salter établit que jusqu'à l'âge de trente ans la femme y est peu sujette, mais à partir de cet âge, elle sera beaucoup plus souvent atteinte que l'homme.

On admet aujourd'hui que l'accès d'asthme est produit par un spasme, par une convulsion des muscles de la respiration. Pour les uns, ce spasme serait localisé aux muscles bronchiques ; la contraction des bronches deviendrait l'obstacle à la circulation de l'air et l'abaissement du diaphragme serait consécutif à la plénitude exagérée du poumon.

Pour les autres, la dyspnée asthmatique n'est pas l'apanage exclusif des bronches. Le spasme s'empare successivement de tous les muscles inspirateurs extrinsèques : diaphragme, intercostaux, scalènes, trapèze, etc., qui par leur convulsion maintiennent le poumon dilaté et ne permettent qu'un faible renouvellement de l'air dans les vésicules pulmonaires.

Enfin, une troisième opinion réunit les deux précédentes et admet à la fois le spasme des muscles extrinsèques et intrinsèques de la respiration.

Quant à l'asthme en lui-même, on le considère actuellement comme une névrose ; il en présente, en effet, tous les caractères, toutes les bizarreries. Les moindres odeurs, telles que celles des foins, les vapeurs d'une allumette soufrée le provoquent. Un tel aura des accès d'asthme dans un pays et pas dans un autre ; de plus cette névrose semble nettement influencée par l'hérédité.

On a aussi signalé l'alternance de l'asthme avec d'autres névroses telles que l'épilepsie, l'hystérie, etc.

L'état spasmodique des muscles de la respiration est dû à un état d'irritabilité de leurs nerfs ; cet état est tantôt spontané, tantôt le résultat d'un acte réflexe.

A quelle cause est dû cet état d'irritabilité spéciale ? C'est ce que Huchard (communication à la Société thérapeutique du 27 mars 1895) a cherché récemment à expliquer pour certains cas ; d'après lui l'asthme est *souvent* le résultat d'une intoxication (asthme toxique).

Nous ne discuterons pas cette question de l'asthme toxique, pour la traiter plus complètement dans le chapitre spécial que nous réservons à la Pathogénie.

ASTHME UTÉRIN

Nous savons qu'en dehors de la sphère d'innervation de l'appareil respiratoire, certaines lésions ou certains états utérins, intestinaux, gastriques, ont un effet indéniable sur la crise d'asthme. La réalité de l'asthme d'origine dyspeptique chez les enfants (Henoch) et même chez les adultes (Huchard), n'est pas discutable. On a signalé des guérisons définitives après l'expulsion d'un tænia.

Pour l'asthme utérin, certaines observations sont absolument démonstratives.

Nous allons le considérer successivement dans la menstruation et dans les tumeurs des organes génitaux.

Asthme menstruel. — Hyde Salter estime que parmi les causes de l'asthme il en est une qui montre clairement sa nature d'origine nerveuse : C'est l'action réflexe qui, venant d'un organe éloigné du poumon, produit le spasme bronchique. Plus cet organe est éloigné et plus cette action est remarquable. Il insiste sur ce point que l'irritation utérine provoquant l'asthme, n'est pas un fait très rare. On peut admettre *à priori* que cette irritation doit se produire de préférence quand l'utérus subit une modification physiologique à l'époque des règles ;

telle est, en effet, l'opinion de Hyde Salter qui cite, dans l'observation que nous allons résumer, un cas se produisant avec une intensité spéciale à chaque époque menstruelle.

OBSERVATION

« Une femme mariée, sans enfants, de constitution robuste, souffre, depuis quelques années, de violents accès d'asthme.

« En l'interrogeant, je trouve que les crises paroxystiques se produisent à époque variable à intervalle de trois, quatre, cinq semaines, quelquefois même six ; elle ne resta jamais indemme pendant plus d'une quarantaine de jours. L'époque cataméniale était elle aussi irrégulière et variait de trois à six semaines dans son apparition : l'écoulement pâle, peu abondant, était accompagné de vives douleurs et de malaise général.

« Je vis une corrélation entre ces deux faits, crise et menstruation, et considérant que cet asthme était dû à un trouble utérin, je prescrivis de doux emménagogues qui devaient être pris dès le début des règles.

« Bientôt je pus constater que la menstruation était plus abondante en même temps que le spasme diminuait d'intensité.

« Le retour de l'écoulement menstruel devenant

plus régulier, je pus administrer l'emménagogue (décoction d'aloès, teinture de myrrhe et éther nitrique) un jour ou deux avant l'époque menstruelle et ordonnai en plus un bain de siège chaud. Je remarquai toujours que les viscères étaient soulagés et le flux menstruel plus abondant ; les crises d'asthme étaient moins violentes et de plus courte durée. L'emménagogue s'était ainsi montré secondairement un excellent antispasmodique.

« Les ventouses sèches également soulagèrent beaucoup la malade, même dans les attaques les plus violentes. J'en faisais généralement placer quatre de petite grandeur et très rapprochées au niveau de la bifurcation des bronches. J'administrai aussi de la teinture éthérée de lobélie et de la teinture d'hyosciamine, mais je crois que ces médicaments ont eu peu d'influence et que la ventouse était le médicament spécifique de l'affection.

« En persévérant dans cette ligne de conduite, j'observai une amélioration très marquée : les menstrues étaient de plus en plus régulières et abondantes et, à chaque période successive, l'asthme était moindre. Les attaques devinrent si légères et si supportables que je cessai mes soins, comprenant qu'elles diminueraient encore et finiraient par disparaître tout à fait » (Hyde Salter, *The Lancet*, 1860).

Halliday Croom (*Société obst. d'Edimbourg*, janvier 1892) est plus affirmatif. Il dit que ce qui démontre bien que l'asthme est une affection ner-

veuse, c'est la relation qui existe entre elle et les états utérins.

L'asthme, chez les femmes qui ont des prédispositions, apparaît avec plus de gravité à la période menstruelle. Sur deux cas qu'il lui a été donné d'observer, dans un l'asthme ne survenait que de deux en deux menstruations et chaque fois avec une forme grave. Dans l'autre, la malade vit disparaître ses règles à l'âge de 30 ans et son asthme disparut aussi en même temps.

Katz (*Deutsche Med. Wochenschrifft,* 1896) a observé un cas d'asthme se produisant dans les mêmes circonstances. Les crises n'apparaissaient qu'à l'époque des règles ; il insiste sur ce fait que ce n'est pas une dyspnée, mais bien de l'asthme essentiel, dont il a examiné les crachats et dans lesquels il a trouvé les cristaux de von Leyden et des spirilles. Il ajoute : « C'est donc un cas typique d'asthme bronchique survenu chez une personne bien portante et provoqué par les menstrues ; ce spasme apparaît et disparaît en même temps qu'elles.

« Puisque l'on admet que les accès d'asthme sont dus à un spasme des muscles bronchiques, on ne peut pas nier qu'il existe une connexion entre ces accès et la menstruation ; en effet, il se produit, avec l'apparition des règles, des troubles dûs à l'irritation du sympathique, par suite de la poussée du sang vers les organes du bas-ventre. Il est donc logique d'admettre que le reflexe produit par l'irritation des filets terminaux du sympathique amène le spasme des muscles bronchiques. »

Von Leyden a observé un cas semblable à celui de Katz (*Militarartzliche Zeitschrifft*, 1886).

Ces observations si démonstratives ne permettent guère de nier l'existence d'un asthme menstruel.

Asthme coïncidant avec des tumeurs des organes génitaux internes. — Waring Curan a remarqué que l'asthme est plus marqué à la période menstruelle chez les femmes atteintes de tumeurs fibreuses de l'utérus. Les paroxysmes sont alors intenses et la menstruation est naturellement abondante et prolongée.

Dans trois cas différents qu'il a observés, il ne releva pas de symptôme d'asthme jusqu'au premier et au second jour précédant les menstrues, et sans traitement, l'asthme cessa sitôt que les règles quittèrent les malades.

Le même auteur cite le cas d'une malade ayant un kyste de l'ovaire qu'il avait ponctionné cinq fois et qui avait toujours souffert de l'asthme à chaque période menstruelle.

Halliday Croom, parlant du même sujet, dit : « Les cas les plus persistants d'asthme qui sont d'origine utérine semblent être ceux qui se rattachent aux tumeurs fibreuses, et, en effet, dans ce cas, la souffrance de quelques femmes est particulièrement intense, car l'asthme revêt alors une forme sèche sans expectoration pour les soulager.

« J'ai constaté un de ces cas graves d'asthme chez

une femme qui souffrait de tumeur fibreuse et présentait des hémorragies irrégulières. Son fibrome augmentant, les hémorragies devenant profuses et son asthme revenant de plus en plus fréquemment, j'extirpai les ovaires et les trompes. Le résultat fut que les crises d'asthme ne disparurent pas entièrement, mais revinrent à de très longs intervalles lorsque la malade se déplaçait d'une région à l'autre. »

Il résulte, d'après ces deux auteurs, qu'il existe un asthme utérin spécial chez les femmes atteintes de tumeurs des organes génitaux internes.

Nous remarquons que dans les observations de Waring Curan, les crises d'asthme, certainement dues à la tumeur, se manifestent surtout au moment de la menstruation et cela nous ramène aux observations déjà citées sur ce sujet. Dans le cas particulier cependant, il faudrait se garder de ne pas invoquer l'influence spéciale de la tumeur, puisqu'avant son existence on n'avait jamais constaté sur la malade en question de manifestations asthmatiques.

DEUXIEME PARTIE

ASTHME PUERPERAL

Considéré chez la femme, d'ailleurs saine et non gravide, l'asthme utérin, bien connu de la femme elle-même qui en souffre les atteintes périodiques et pour le médecin facile à prévoir et à atténuer, ne présente guère qu'un intérêt spéculatif. Convenablement traité et grâce à une bonne hygiène, de telles crises sont sans danger pour la femme.

Tout autre seront les complications habituelles et les dangers quand seront modifiées les conditions physiologiques et que nous aurons affaire à la femme enceinte, à la parturiente, à la nourrice.

Ici la question revêt toute son importance et si nous nous proposons de l'étudier en détail, dans ces divers états, c'est qu'elle nous paraît comporter un

intérêt palpitant tant pour les nombreux dangers à prévoir que pour la conduite à tenir.

Si, considérer l'asthme comme un « brevet de longue vie » est, dans tous les cas sans doute, une pure vue de l'esprit, cette boutade est plus que jamais dépourvue de sens dans les cas qui nous intéressent.

Nous étudierons donc successivement l'asthme dans ces quatre états : grossesse, accouchement, post partum, allaitement.

ASTHME PENDANT LA GROSSESSE

I. — Crise d'asthme signe de grossesse.

Pendant la gestation, nous voyons apparaître l'asthme sans cause apparente et, fait très intéressant, avant même que la grossesse puisse être diagnostiquée.

Chez une malade de Hyde Salter, des attaques soudaines d'asthme coïncidèrent, comme la suite le prouva, avec la conception. La plus complète absence de symptômes au début n'avait pas permis de supposer la grossesse ; la femme fut réglée jusqu'au sixième mois.

Mais si d'après la date de l'accouchement survenu à terme, on remontait à la date de la conception, on remarquait qu'à cette conception avait correspondu, avec des règles normales, la première crise d'asthme.

Les crises, installées dès ce moment, se manifestèrent souvent, mais avec une intensité plus grande à l'époque cataméniale et cela jusqu'au sixième mois,

moment où les règles disparurent. On put constater dès lors des crises d'asthme plus intenses à l'époque des menstruations ; elles remplacèrent jusqu'à l'accouchement le flux menstruel supprimé et ne reparurent plus après.

Voici d'ailleurs résumée l'observation de Hyde Salter. (*The Lancet*, 1860.)

« Une dame, âgée de 21 ans, réclame nos soins trois mois après son mariage pour une crise d'asthme spasmodique existant déjà depuis trois heures. Elle n'avait jamais été atteinte de cette affection jusqu'au mois précédent, époque à laquelle elle avait eu une attaque si légère et si courte qu'elle n'en n'avait pas été inquiétée.

« Je lui prescrivis la lobélie qui donna un bon résultat. La semaine suivante l'attaque revint, mais ne disparut pas sous l'influence de la lobélie et céda à la morphine et à l'éther chlorhydrique. La semaine suivante les symptômes réapparurent et ne furent calmés qu'avec des doses croissantes de morphine.

« Les attaques qui avaient eu lieu chaque semaine surviennent maintenant deux fois par semaine et sont de plus en plus opiniâtres ; de plus, leur durée, de 5 à 6 heures qu'elle était, s'étend à 12 heures ; elles finirent par durer 18 ou 24 heures.

« Chaque attaque m'obligea à adopter un nouveau médicament et j'essayai tour à tour la lobélie, la morphine, l'éther, la belladone, etc... Je trouve que les cigarettes de stramonium donnent un bénéfice plus durable que tout autre médicament.

« Je continuai ainsi à donner mes soins pendant trois mois encore, époque à laquelle je commençai à soupçonner qu'elle était enceinte. La tuméfaction et la sensibilité des seins, l'aréole bien marquée, me l'avaient fait supposer, car les règles avaient été régulières, la taille n'avait pas changé et il n'y avait pas eu la moindre nausée le matin.

« Peu après, la grossesse fut indubitable, et, comme je l'ai compté, on devait la placer à la fin du cinquième mois ; à cette époque les règles disparurent.

« Immédiatement avant qu'elle sentit l'enfant, elle eut une crise plus alarmante et pendant 24 heures sa vie fut en danger, il semblait à peine possible qu'elle put continuer de respirer suffisamment pour oxygéner son sang tant la violence du spasme était terrible. Elle pouvait aussi succomber d'épuisement, car, absorbée par le grand besoin de respirer, elle n'eut ni le temps ni la possibilité d'avaler le moindre aliment. Elle fut complètement occupée à lutter désespérément pour vivre pendant cette crise, effort incessant, énormément fatigant.

« Pensant qu'elle était en danger immédiat, si une rémission ne se produisait pas bientôt et ayant attendu en vain une accalmie, malgré la saturation de l'air avec du nitre, du stramonium, etc..., je décidai avec hésitation d'administrer du chloroforme avec beaucoup de précaution.

« Je le mélangeai largement avec l'air, car il me semblait que si un accident venait aggraver les symptômes d'un iota, le résultat serait rapidement fatal. J'agitai devant elle à une assez grande distance un mouchoir imbibé de chloroforme et je diminuai gra-

duellement la distance ; je fus assez heureux pour constater qu'il n'y avait pas d'excitation au début, mais qu'au contraire le spasme diminuait lentement de violence. Je ne l'anesthésiai pas complètement, car, l'attaque se calmant, elle s'endormit doucement par suite de sa grande fatigue et de l'épuisement produit par un si long et si pénible effort.

« Elle eut un nouvel accès un peu moins grave à la fin du sixième mois et un autre très grand à la fin du septième : celui-ci, après l'avoir maintenue un certain temps dans un état asphyxique, céda au chloroforme. Cette fois je l'administrai plus tôt, mais comme précédemment avec de très grandes précautions. Il me fallut pousser jusqu'à l'anasthésie complète pour arriver à un calme suffisant. Elle eut de nouveau une crise à la fin du huitième mois, et une assez forte juste au moment du travail.

« L'accouchement se montra le remède le plus durable, car la délivrance n'était pas plutôt faite que tous les symptômes disparurent et sa respiration, depuis cette époque, devint calme et tranquille comme par le passé. — L'enfant était petit, mais bien conformé et plein de santé ».

Comme on le voit, la crise d'asthme fut chez la malade de Hyde Salter un *véritable signe de grossesse.* — Ainsi que le fait parfaitement remarquer l'auteur, les principales particularités des faits qu'il cite sont les suivantes :

1° Soudaineté de l'attaque qui, comme la suite le prouva, avait coïncidé avec la conception ;

2° Absence complète de symptômes au début pour faire diagnostiquer une grossesse ;

3° Périodicité des crises : La première correspondant à l'époque de la conception, la seconde à la menstruation suivante ; après le sixième mois, remplacement complet par les crises, des règles absentes.

L'observation suivante de MM. Audebert et Sorel nous paraît plus caractéristique encore.

OBSERVATION

« Marguerite V..., 31 ans. Les antécédents héréditaires sont indemnes de toute manifestation nettement arthritique ou névropathique. On ne peut relever chez elle nulle trace de migraine, d'accidents lithiasiques ou rhumatismaux.

« A signaler seulement dans les antécédents héréditaires, des crises d'asthme (?) chez le père et le grand-père ; ces crises étaient accompagnées de phénomènes catarrhaux de l'appareil respiratoire qui nous mettaient dans l'impossibilité d'affirmer l'existence d'un asthme vrai ; il s'agissait plus probablement de pseudo-asthme.

« A part une fièvre typhoïde, contractée à l'âge de 15 ans, la santé de Marguerite V..., a toujours été bonne.

« Mariée en 1887, elle a eu quatre grossesses, dont voici l'histoire résumée :

« Première grossesse en 1890, terminée à deux mois par un avortement survenu, paraît-il, à l'occasion de la grippe.

« Deuxième grossesse en 1892, accouchement à terme. On extrait par le forceps un enfant mort pendant le travail, on suppose alors que les difficultés de cet accouchement sont causées par un rétrécissement du bassin.

« Troisième grossesse quis et ermine en janvier 1898 par la naissance d'un enfant vivant, à la suite d'une application de forceps faite après huit heures de travail ; inertie utérine, hémorragie de la délivrance, délivrance artificielle.

« Quatrième grosssese à la fin de 1898. A ce moment, Marguerite V... nourrissait son dernier né, et était très irrégulièrement réglée. Aussi, ne s'inquiéta-t-elle nullement d'un long retard qui suivit l'époque menstruelle d'août. Elle ne se savait pas enceinte, quand subitement, au mois de novembre, éclata une crise d'asthme qui fut pour elle un véritable signe révélateur de grossesse.

« Elle se fit alors examiner par une sage-femme, qui reconnut une grossesse de trois mois ; elle accouche, en effet, six mois après, en mai 1900.

« La brusque apparition d'une crise d'asthme fut pour elle un signe de gravidité, car des crises semblables avaient marqué chacune de ses grossesses antérieures, et, détail très important, la malade n'en avait jamais eu auparavant et si depuis elle a présenté à un an d'intervalle quelques accidents asthmatiques, ils ont

été toujours très légers, n'ont jamais revêtu le caractère paroxystique qu'ils affectaient dans la puerpéralité ; c'était, tout au plus, une certaine anxiété respiratoire à l'occasion de vent, d'une promenade, de rapides variations atmosphériques.

« Déjà, en 1892, lors de la grossesse qui se termina par la naissance d'un enfant mort-né, l'un de nous a pu se rendre compte de la réalité des accidents asthmatiques et observer des crises successives (au moins 3), durant le cours de la gestation.

« En août 1897, Marguerite V..., étant enceinte pour la troisième fois, fut atteinte, dans le courant du quatrième mois, d'une crise d'asthme que M. le Dr Tapie fut appelé à soigner ; en décembre, nouvelle crise, moins grave que la précédente. L'accouchement eut lieu en février 1898, et depuis cette date jusqu'en novembre 1899, il n'y eut plus de crises. A cette époque en survint une qui fut, pour la femme, le signe révélateur de sa grossesse. Cette crise fut grave, elle dura quarante-huit heures et ressembla en tous points à celle que nous avons constaté le 4 mars dernier, et dont voici les traits essentiels : début la nuit après certains prodromes qui n'empêchent pas la malade de s'endormir jusqu'à onze heures ou minuit. A cette heure, angoisse, gêne respiratoire, sifflements dans la poitrine, yeux saillants, sueur à la face, cyanose extrême des lèvres, etc.

« Il est bien entendu que le cœur est absolument sain, le rein fonctionne régulièrement, les urines ne renferment point d'albumine ; les poumons sont normaux en dehors des crises ou immédiatement après ; ils sont alors le siège de râles sonores entendus à distance, mais il n'existe pas de lésion organique.

« Le traitement qui a paru donner les meilleurs résultats dans cette crise comme dans les précédentes, a consisté dans l'administration de sirop de morphine.

« Les inhalations de feuilles de datura, de pyridine, de papier nitré, n'ont amené que peu de soulagement. Pendant toute la durée de cette crise, Marguerite V..., alors enceinte de huit mois et demi environ, ne sentit plus remuer son enfant. Les mouvements furent de nouveau perçus douze heures après la cessation des accidents, mais beaucoup plus faibles qu'auparavant.

« Nous l'examinons le 6 mai et voici ce que nous constatons. La crise est terminée depuis la veille, et Marguerite V... ne conserve pas le moindre trouble dyspnéique. Nous observons seulement un léger essoufflement (de quelques instants), quand elle monte au lit. La grossesse est d'environ huit mois et demi. H. U. = 30 centimètres.

« Fœtus en O. I. D. T. ; sommet non engagé. Les bruits du cœur fœtal sont faibles, notamment ralentis. Pas de début de travail; pas la moindre contracture utérine. Quinze jours se passent sans nouvelles crises.

« Le 22 mai, les contractures s'éveillent ; pas de gêne respiratoire, le travail marche rapidement ; cependant les bruits du cœur restent toujours lents et sourds. A la rupture des membranes, s'écoule un liquide verdâtre, puis les battements du cœur cessent complètement, et quand l'expulsion a lieu, une demi-heure après, l'enfant était mort, le cœur ne battait plus. C'est là, du moins, le récit qui nous a été fait par la sage-femme qui a assisté Marguerite V... Les membranes et le placenta étaient teintés en vert. Il existait de plus, sur le cordon, un nœud peu serré.

« Les suites de couches ont été normales » (*Archives médicales de Toulouse*, avril 1901).

II. — Description de la crise. — Etat de la mère et de l'enfant.

La crise en elle-même est généralement nocturne, elle apparaît le plus souvent après minuit, comme les auteurs sont à peu près unanimes à le constater : Halliday Croom, d'ailleurs, insiste particulièrement sur cette heure.

« Le moment du jour où se produit le paroxysme de l'asthme est variable ; il semble toutefois plus habituel qu'il ait lieu après minuit et dix-neuf ou vingt cas se produisent avant deux ou trois heures du matin. »

Les descriptions de la crise faites par les auteurs des diverses observations concordent toutes entre elles. La malade est réveillée après quelques heures de sommeil ; elle a de l'angoisse, une atroce dyspnée, ses yeux sont saillants, elle est assise sur son lit, la face en sueur et les lèvres cyanosées. C'est l'attaque classique et bien caractéristique telle qu'on la rencontre chez tous les asthmatiques, mais que rendent plus poignante et l'état de « *minoris resistentiæ* » de la mère et les souffrances du fœtus.

L'état de l'enfant est en effet très grave ; deux observations accusent un liquide amniotique ver-

dâtre indiquant la présence de méconium, preuve manifeste d'un état de souffrance très marqué.

Les battements du cœur sont difficiles à entendre en raison des bruits thoraciques de la mère ; ils sont généralement très lents et très sourds. Les mouvements sont également très peu marqués et échappent parfois à l'observation pendant une certaine période.

Audebert signale très nettement cet état :

« Pendant la crise les mouvements actifs sont momentanément ralentis ou même interrompus. Chez une de mes malades les battements du cœur fœtal ont échappé pendant un jour à l'auscultation la plus attentive. Entendus, quoique très affaiblis, le lendemain et les jours suivants, ils ont cessé complètement quelques minutes avant la naissance. L'enfant n'a pu être ranimé. » (*XIII^e^ Congrès des Sciences médicales de Paris*, 1900.)

Diagnostic de la crise.

Il est facile de méconnaître la nature asthmatique d'un accès dyspnéique de la grossesse pour deux raisons :

1° A cause de l'infinité de causes pouvant produire la dyspnée dans la grossesse.

2° A cause de la rareté de l'asthme.

Aussi nous paraît-il nécessaire d'établir les diffé-

rents signes diagnostiques qui différencient la crise d'asthme des autres dyspnées de la grossesse.

1° **Dyspnée urémique.** — Elle est particulièrement fréquente dans la grossesse ; c'est elle que nous constatons dans l'albuminurie, dans l'éclampsie. Nous la reconnaîtrons à la présence de l'albumine dans les urines ; cet examen, que l'on ne doit jamais négliger, nous permettra d'en faire le diagnostic ; fait plus tôt, il permettrait d'éviter ces accidents.

D'après l'interrogatoire, la femme affectée de dyspnée urémique a présenté aussi les petits signes de brigtisme ; les premiers symptômes que nous trouverons seront ceux connus sous le nom de trépied de Chaussier : céphalalgie, épigastralgie et troubles oculaires. En outre, cette dyspnée peut survenir à tout moment ; nous la verrons exister aussi bien le matin que le soir, au lieu d'être nocturne comme l'asthme.

Les femmes enceintes chez lesquelles se produira cette suffocation présenteront aussi certains autres prodromes, tels que vomissements, insomnie et agitation, malaises, vertiges et éblouissements, parfois même un lumbago prolongé, toutes choses que nous ne rencontrons pas dans l'affection qui nous intéresse.

Bien que ces différences soient très sensibles, il ne faudrait pas considérer comme impossible et même très difficile une erreur de diagnostic.

Il faudra tenir compte de ces cas, qui certainement ne résistent pas à un examen attentif, mais qu'il est important de prévoir, où « l'urémie dyspnéique éclate brusquement sous forme d'accès d'asthme ». C'est dans ces cas d'asthme urémique que l'on pourra entendre, comme dans l'asthme vrai, un véritable bruit de tempête soudain et passager qui pourrait en imposer au premier abord.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic d'urémie, déjà établi si le médecin connaît la malade, est facile à faire par les commémoratifs, et l'examen des urines ne saurait guère laisser de doute.

On reconnaîtra en dernière analyse cette dyspnée urémique si fréquente, qui est sous la dépendance ordinaire de l'auto-intoxication et qui aboutit, si elle n'en est déjà un signe, à l'éclampsie.

2° **Dyspnée cardiaque**. — Cette dyspnée sera déterminée par une cardiopathie, généralement il existera des lésions mitrales; on l'a appelée *asthme cardiaque*, en raison de sa ressemblance avec l'asthme vrai. Les femmes cardiaques peuvent y être sujettes et la fréquence de cet état justifie la proposition originale et déjà ancienne de Peter : « *Fille, pas de mariage; femme, pas de grossesse.* »

On peut toutefois en faire le diagnostic :

1° D'après les antécédents tels que les maladies infectieuses, rhumatisme dont le malade aura ressenti les atteintes;

2° D'après les signes stéthoscopiques qu'on a pu percevoir avant la crise si on ne peut les percevoir pendant sa période d'état ;

3° D'après les œdèmes des membres inférieurs qui, paraissant les premiers, permettront aussi de faire le diagnostic avec la dyspnée urémique ; chez le brightique, on verra cet œdème débuter le plus souvent par la face.

Enfin, l'essouflement déjà ancien de la malade qui sera un des premiers signes et souvent même le seul de la lésion cardiaque, l'œdème persistant du poumon présentant à l'auscultation des râles sous crépitants constants, localisés aux deux bases, aideront à faire le diagnostic.

Le nom d'asthme cardiaque qu'on a donné à cette dyspnée est impropre ; il est dû à la fréquence de ces accès d'oppression la nuit plus souvent que le jour. Cependant la maladie mitrale ne produit pas l'asthme vrai, ces deux dyspnées n'ont pas les mêmes caractères : Chez le cardiaque, la respiration est fréquente, ses deux temps sont brefs et saccadés, les palpitations sont habituelles, le pouls est petit. Chez l'asthmatique, la respiration n'est pas accélérée ; l'inspiration est lente et l'expiration très prolongée est sifflante et spasmodique ; les palpitations font défaut et le pouls est régulier.

3° **Dyspnée mécanique**. — Elle s'observe chez les femmes à gros ventre, qu'il s'agisse d'adiposité

compliquant la grossesse ou beaucoup plus souvent d'hydramnios, de grossesse multiple, ou de tumeur abdominale coexistant avec la gestation.

Cette dyspnée s'accentue à mesure que l'on avance vers le terme, c'est-à-dire que l'utérus augmente de volume. On la distinguera facilement de l'asthme en ce qu'elle est constante, qu'elle ne se manifeste pas par des crises périodiques et régulières et qu'elle s'accroit progressivement jusqu'au terme.

4° **Spasme de diaphragme.** — « Cette rare affection qui est le plus souvent associée à l'hystérie se caractérise par un violent mouvement d'inspiration pendant lequel tous les muscles inspirateurs sont en action ; le thorax reste fixe quelques secondes avec tous ces muscles en contraction ; ensuite vient une expiration violente et rapide accompagnée d'un bruit assez semblable à un hoquet, puis une autre inspiration et ainsi de suite jusqu'à la fin de l'attaque. »

Cette description que je trouve citée dans Halliday Croom ne présente qu'une légère ressemblance avec l'asthme et je ne pense pas qu'on puisse le confondre avec cette affection.

5° **Œdème et spasme de la glotte.** — Ces deux états ne pourront pas être confondus avec l'asthme, grâce à l'aphorisme de Biermer : « La dyspnée pendant l'expiration est le signe caractéristique du

rétrécissement des petites bronches, comme le même phénomène pendant l'inspiration est le signe du croup et des sténoses laryngées (œdème et spasme de la glotte). »

Un examen attentif de la crise permettra de se rendre compte de ces faits, d'établir un diagnostic rapide et sûr, suivant que la dyspnée sera inspiratoire ou expiratoire.

6° **Tuberculose pseudo-asthmatique.** — Certains tuberculeux sont pris, en effet, au début; dans le cours de l'affection, d'accès de dyspnée ressemblant à l'asthme. Le praticien prévenu de cette forme de tuberculose, en fera facilement le diagnostic.

ASTHME PENDANT LE TRAVAIL

Les quelques considérations que nous aurons l'occasion d'énoncer plus loin et les idées que nous admettons d'Audebert, Chambrelent et Pachon, (*voir* Pronostic), nous permettent *a priori* de ne pas faire une étude de l'avortement, puisque nous aurons l'occasion de démontrer qu'il est absolument exceptionnel. D'emblée, nous nous occuperons de la crise d'asthme se produisant au moment du travail survenu normalement et à terme.

Nous croyons devoir scinder notre étude en deux parties :

1° Nous avons à considérer les cas où la femme n'a pas eu de crises pendant sa grossesse et chez laquelle la première attaque d'asthme survient seulement au moment du travail ;

2° En second lieu il peut se faire qu'une femme qui a eu des crises pendant la grossesse, en ait une nouvelle au moment du travail, et dans ce cas nous

devons considérer quelle est la nature de cette crise et en quoi elle diffère de celles qui l'ont précédée.

1° **Asthme puerpéral se manifestant pour la première fois au moment du travail.** — Il peut s'agir de femme n'ayant jamais eu de sa vie de manifestations asthmatiques et qui voit survenir la première à l'occasion de son accouchement. Ces faits sont rares, mais Hyde Salter nous en relate une observation cependant non contrôlée par lui.

OBSERVATION

« James H..., homme asthmatique, qui a souffert neuf ans de son affection, dit que l'asthme est héréditaire dans sa famille du côté de son père, et sa grand'mère paternelle n'eût qu'un seul accès d'asthme, et c'était à la naissance de son père. Elle n'avait jamais eu d'attaque avant son accouchement et n'en a plus eu depuis. » (*The Lancet*, 1860).

Plus fréquemment, on aura l'occasion d'observer des femmes ayant eu avant leur grossesse des accidents asthmatiques menstruels ou autres et chez lesquels ces accidents auront complètement cessé au moment de la conception pour ne reparaître qu'au

moment du travail. Nous avons de ces faits les deux observations suivantes de Hyde Salter.

OBSERVATIONS

« C. B..., âgée de 42 ans, mariée, plusieurs enfants, est affectée, depuis l'âge de 16 ans, d'asthme et aussi d'éternûments à un degré tel qu'ils devenaient une véritable maladie. Les attaques d'asthme étaient seulement accidentelles, mais les symptômes devinrent plus apparents quand la menstruation se fit mal. Mais quand elle se maria, son asthme disparut en même temps; les seules fois où elle en ressentit les atteintes, ce fut pendant le travail et à chacune de ses couches. » (*The lancet*, 1860.)

« Mary H..., 40 ans, a eu des attaques d'asthme régulièrement depuis trois ans, mais dans les années précédentes il était occasionné par de curieuses circonstances. — Elle a quatre enfants dont l'aîné a 15 ans ; à chaque couche, elle a eu un accès d'asthme. Jusqu'à ces trois dernières années elle n'avait eu d'asthme que dans ces circonstances; son plus jeune enfant a 10 ans. » (*The Lancet*, 1860.)

2° Asthme puerpéral se manifestant au moment du travail chez une femme qui en a déjà été atteinte pendant sa grossesse. — Il est des cas où la femme est une habituée de l'asthme puerpé-

ral ; elle en a eu à l'occasion de ses grossesses ou de ses accouchements antérieurs ; elle en a eu pendant sa grossesse actuelle, il est possible qu'elle en ait pendant son accouchement. Il est remarquable, en effet, que si, comme nous l'avons vu, la crise ne produit pas l'accouchement, elle peut l'accompagner dès qu'a commencé le travail chez les femmes prédisposées

Dans quelles proportions cette crise de l'accouchement se rencontre-t-elle et, d'autre part, se manifeste-t-elle par des signes particuliers ; affecte-t-elle une malignité ou une bénignité spéciales ?

On ne peut pas dire que la crise soit fréquente à ce moment puisque sur toutes nos observations nous n'en avons qu'une où la crise se soit manifestée nettement au moment de l'accouchement. Nous ferons d'après cette seule observation l'étude de la crise en la comparant aux crises précédentes dont fut affecté le sujet au cours de sa puerpéralité.

C'est dans la fin de l'observation d'Hyde Salter, que nous avons déjà mise à contribution, que nous trouverons les détails sur cette crise de l'accouchement. Elle nous démontre que dans le cas dont il s'agit, la crise survenue au moment de l'accouchement n'atteignit pas une intensité plus grande que celles qui l'avaient précédée et que nulle thérapeutique ne dût être employée puisque la femme fut délivrée de son asthme en même temps que de son placenta.

Dans deux autres intéressantes observations

d'asthme de la grossesse, malgré des crises très intenses durant la gravidité, nous ne trouvons pas d'attaque pendant le travail comme si tout phénomène bronchique s'était arrêté pendant les manifestations utérines.

La première de ces observations est celle d'Audebert que nous avons déjà cité page 25 et à laquelle nous ne pouvons que renvoyer.

La seconde est celle publiée par Chambrelent (*Journal de Gyn. Obst. et Pœd. de Bordeaux* 1899) et que voici :

OBSERVATION

« M^me^ S .., primipare de 38 ans, a eu à plusieurs reprises des crises d'asthme d'une violence extrême.

« Elles ont une durée moyenne de 7 à 8 jours, elles se terminent par une sorte de catarrhe pulmonaire, s'accompagnant d'une toux continuelle.

« M^me^ S... a déjà eu deux débuts de grossesse, interrompues au deuxième et au troisième mois à la suite d'une légère fatigue, ce qui semble montrer une prédisposition particulière de l'utérus à entrer en contraction, sous l'influence d'une excitation extérieure.

« Ces grossesses ne paraissent pas avoir eu d'influence sur les accès d'asthme qui ne se sont jamais montrés pendant leur durée. On ne peut donc en rien

incriminer cette affection comme cause de l'interruption des deux premières grossesses.

« La grossesse actuelle a débuté dans le courant de juillet, les dernières règles sont survenues le 8 juillet.

« Au début de la grossesse, susceptibilité toute spéciale de l'utérus à se contracter à la suite de la moindre fatigue, qui nous oblige à prescrire le repos au lit pendant les cinq premiers mois ; à partir de cette époque, Mme S... put reprendre sa vie habituelle.

« Le lundi 3 avril, dans une sortie en voiture découverte, Mme S... prend froid et contracte la grippe.

« Elle est prise dans la soirée de frissons et de toux.

« La température s'élève le lendemain à 38° 5.

« Douleurs de tête très violentes et toux persistante.

« Sous l'influence de cet état grippal, une crise d'asthme débute le 6 avril.

« Le 7 avril, préoccupé de l'état grave de Mme S... qui a la respiration extrêmement gênée et qui est obligée de passer ses journées et ses nuits assise sur son lit, je prie notre confrère le Professeur Arnozan de se joindre à moi pour surveiller l'état de la malade, dont le terme de la grossesse me paraît proche.

« J'ai présent à l'esprit le cas de la malade auprès de laquelle j'avais été appelé l'année dernière et qui succomba au début de l'accouchement.

« Je redoutais que le travail ne se déclare pendant cette crise. Pour cette raison, d'accord avec le Dr Arnozan, nous repoussons toute idée de provocation de l'accouchement. La malade est soumise à des inhalations antiasthmatiques et à des injections sous cutanées de morphine, qui amènent un soulagement momentané.

« La crise d'asthme persiste ainsi pendant 8 jours.

« Le 7 avril, pendant la nuit, l'asphyxie est telle que notre confrère le Dr Villar, appelé en toute hâte auprès de notre malade, est obligé de la couvrir de ventouses pour empêcher une axphyxie imminente.

« Or, malgré cette crise si longue et si intense, — pas la moindre contraction utérine ne se produisit pendant toute sa durée.

« Les battements du cœur du fœtus continuent à s'entendre normalement, mais Mme S... constate des mouvements actifs beaucoup plus fréquents et beaucoup plus intenses qu'avant sa crise.

« Les symptômes axphyxiques s'amendent peu à peu et, le 13 avril, la crise d'asthme paraît à peu près terminée, laissant seulement une sorte de catarrhe pulmonaire, se traduisant par une toux continuelle amenant l'expulsion de crachats muco-purulents très abondants ; c'est ainsi, du reste, que se terminent toujours les crises chez cette malade.

« L'état s'améliore ainsi progressivement et le 21 avril dans la journée, c'est-à-dire environ huit jours après la terminaison de la crise d'asthme arrivée, d'ailleurs, au terme normal de sa grossesse, elle perd spontanément les eaux.

« Le liquide amniotique est abondant et présente une coloration verdâtre indiquant qu'il est mélangé d'une certaine quantité de méconium.

« Dans la soirée les douleurs de l'accouchement commencent, la partie fœtale qui se présente, la tête, est peu engagée, l'écoulement du liquide est de plus en plus teinté du méconium, les battements du cœur du fœtus sont cependant normaux.

« Dès que la dilation est suffisamment avancée, je prie notre collègue le Dr Villar de chloroformer la malade, et dans l'intérêt de la mère, qui est très fatiguée, autant que dans celui de l'enfant, dont l'expulsion du méconium semble indiquer un état de souffrance, je termine l'accouchement par une application de forceps en occipito droite postérieure.

« L'application est assez pénible par suite de la résistance de la sangle périnéale. Une grande quantité de méconium s'écoule pendant toute la durée de l'extraction.

« L'enfant pèse près de 4 kilogr., il est à l'état de mort apparente (asphyxie bleue). Pendant que le Dr Villar et moi nous nous occupons de la mère, la garde s'occupe de l'enfant, qu'elle arrive à ranimer au bout d'un quart d'heure environ.

« Délivrance normale au bout d'une demi heure.

« Le placenta et les membranes ont une teinte verdâtre.

« Au niveau du placenta, nombreuses poches amniochoriales, dont quelques unes ont le volume d'un œuf de pigeon et sont remplies d'un liquide transparent.

« Suites de couches absolument normales. »

Dans ces deux cas, l'absence de crise au moment du travail est très nette. Pour les deux femmes dont il s'agit, nous voyons cependant qu'il y a eu, à la fin de la grossesse, quelque temps avant l'accouchement, des crises particulièrement violentes.

Il est à remarquer, encore une fois, que ce n'est

pas la crise qui produit l'accouchement, mais qu'elle se termine complètement avant que celui-ci ne commence et que ce sont deux phénomènes absolument distincts.

ASTHME DANS LE POST-PARTUM

Des observations que nous avons citées d'asthme pendant la grossesse et pendant le travail, il résulte, d'une façon générale, que les crises se terminent avec la délivrance.

Certes, c'est bien là l'idée qu'il faut se faire de la terminaison de l'asthme puerpéral.

Si la mort de la mère et celle de l'enfant n'en sont pas les funestes conséquences, si la grossesse est menée à bonne fin, l'asthme ne persistera qu'exceptionnellement jusqu'à la grossesse prochaine.

Il est des exceptions cependant qui, si elles sont rares, n'en sont pas moins importantes à connaître. Une observation précise de Demelin d'asthme fatal, pendant les suites de couches, nous a inspiré ce chapitre spécial.

OBSERVATION

M^me^ X..., est une multipare dont les trois derniers accouchements ont été compliqués d'hémorragies au moment de la délivrance. Elle est arthritique, très

asthmatique, avec emphysème pulmonaire. Pendant ses grossesses précédentes, l'asthme disparaissait complètement; mais à chaque époque répondant aux règles, Mme X..., avait des pertes blanches et des hémorrhoïdes fluentes.

Cette fois les règles, s'étant supprimées, ont été chaque mois remplacées par des pertes blanches, par un flux hémorrhoïdaire et aussi par des crises d'asthme qui, contrairement à ce qui se passait autrefois ont persisté. Très obèse, Mme X..., a une paroi abdominale volumineuse et pendante qui rend l'examen très difficile.

Le 10 août, vers le terme de cinq mois et demi. Mme X..., est prise à la campagne d'une crise d'asthme terrible qui a mis son existence en grand danger, mais qui a bientôt cessé.

Depuis, l'asthme a complètement cessé. La fin de la grossesse se passe sans grande gêne de la respiration.

Le 27 novembre, albuminurie, œdème des jambes, douleur dans le côté gauche de la poitrine, toux quinteuse. La nuit est agitée, mais il n'y a pas de contractions utérines douloureuses.

Le 28 novembre, au matin, accouchement rapide, en une demi-heure, d'une fille de 3370 grammes. Le cordon est gras ; le placenta de couleur et de consistance normales, est très épais, volumineux, il pèse 940 grammes, il ne présente pas d'œdème, pas de caractère spécifique. Il n'y a nulle trace de syphilis dans la famille, mais le mari est lui aussi arthritique, eczémateux. L'excès de volume de ce placenta est intéressant ; en l'absence de toute autre cause, il peut, être attribuable à l'arthritisme très prononcé de M. et Mme X...

Pas d'hémorragie de la délivrance; mais la respiration reste gênée, la toux est quinteuse; il y a des crachats verts et un point de côté à gauche. Le soir, le thermomètre est à 37°.

Les crachats deviennent rouge vif, spumeux; de petites embolies se sont faites dans le poumon gauche, les caillots venant de l'aire placentaire, sans infection. Le 29, l'utérus est normal; il y a des râles ronflants dans toute la poitrine, des râles sibilants et sous-crépitants à gauche et en haut. Les petites hémoptysies continuent. Le soir, le son est obscur à la percussion du côté gauche, les crachats sont toujours rouges. M. Rendu ordonne la potion suivante :

Teinture de digitale.....	1 gr.
Extrait thébaïque.....	0,10 ctg.
Julep.....	120 gr.

à prendre en quatre fois dans les 24 heures.

Le 30 au matin, les crachats ne sont plus rouges, le thermomètre est à 36°8. L'utérus, normal; mais la malade est somnolente, avec des râles trachéaux, les lèvres cyanosées, la face pâle; la station assise est seule possible, la respiration est très difficile; la malade ne parle pas, le pouls est à 96. Le soir même état, 36°8.

On prescrit de la caféine et des ventouses sèches.

Le 1er décembre au matin, trois ventouses scarifiées, 37°2; l'état est meilleur; le soir, 37°2, agitation nerveuse; le facies est meilleur, rosé, les lèvres ne sont plus cyanosées.

Le 3 décembre, le poumon droit se prend à son tour;

les crachats redeviennent rosés, les étouffements se reproduisent. Les lochies sont normales.

Le soir, il y a encore quelques crachats rougeâtres.

Le 3 décembre au matin, la malade meurt subitement, probablement d'une embolie plus forte que les précédentes. (*Demelin, Obstétrique d'urgence.*)

Cette observation nous apprend combien peut être grave l'asthme du *post partum*, comme il faut être prudent dans le pronostic, comme la mort de la mère peut être inévitable malgré tous les moyens thérapeutiques employés et toute la bonne volonté du praticien forcé de se reconnaître impuissant.

ASTHME DANS L'ALLAITEMENT

Après avoir constaté des manifestations asthmatiques dans les diverses étapes de la puerpéralité, grossesse, travail, *post partum*, il était intéressant de se demander si des cas analogues n'étaient pas susceptibles de se produire dans l'allaitement.

Il n'existe pas d'observation sur ce sujet et nous ne pouvons, à notre grand regret, que signaler la communication verbale faite à notre maître M. Audebert par M. Guillemet, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes :

M. Guillemet eut à soigner une nourrice atteinte de crises d'asthme qui se manifestaient pour la première fois depuis le début de l'allaitement. Il ne put en triompher qu'en faisant sevrer le nourrisson.

Nous aurions désiré pouvoir présenter cette observation dans tous ses détails.

PATHOGÉNIE

Nous avons déjà cité, à titre d'indication, dans le chapitre de l'asthme en général, l'idée originale émise par Huchard, au sujet de la pathogénie de l'asthme ; nous pensons qu'il est intéressant pour nous de nous arrêter un instant à la discussion de cette idée qui, *à priori* et seulement avec de légères modifications, nous semble susceptible d'expliquer d'une façon générale nos cas d'asthme puerpéral.

Huchard (*loc. cit.*) dit, en effet, que l'asthme vrai, essentiel, nerveux, nocturne, peut être dû à l'intoxication ptomaïnique ; le régime végétarien et lacté amène rapidement la cessation des accès. Il ajoute d'ailleurs : « Je ne saurais dire si l'asthme nerveux est toujours d'origine toxique. J'ai simplement observé quelques faits qui tendent à le prouver. »

Développant cette idée de Huchard, nous pouvons admettre qu'à une surproduction de ptomaïnes ou

de leucomaïnes dans un organisme, pourra correspondre une manifestation asthmatique.

C'est le cas de se demander avec Bouffe de Saint-Blaise si « la grossesse normale est l'origine d'une surproduction de poisons ou de la production de poisons spéciaux ».

Les auteurs les plus compétents, tout particulièrement Legendre (*in* Bouchard. Traité de pathologie générale) et Charrin (*Journal de physiologie*, janvier 1901) semblent, dans leurs articles, donner la réponse à cette question.

Legendre s'exprime ainsi au sujet des modifications nutritives des différents états physiologiques se rapportant aux organes génitaux de la femme. « Pendant les époques menstruelles, il y a lieu de signaler un trouble passager de la nutrition, avec perversion quelquefois assez accusée des échanges ; les sédiments uratiques abondent dans les urines, les acides gras affluent aux émonctoires, viciant parfois l'haleine et communiquant une odeur insolite aux sécrétions de la peau.

« Pendant la menstruation normale, diminution de l'azote total de l'urée.

« Chez les sujets dont la nutrition est déjà pervertie à l'ordinaire, souvent l'époque menstruelle est l'occasion de quelque spasme ou accès douloureux, coliques hépatiques, migraines, *accès d'asthme*.

« Pendant la grossesse, il y a généralement impulsion plus vive imprimée aux phénomènes nutritifs, il y a formation de déchets plus abondants. Si

ceux-ci sont incomplètement oxydés ou trop lentement expulsés, l'organisme peut en être *intoxiqué*, et ses grands appareils gênés dans leur fonction ; l'accumulation de la graisse dans les cellules hépatiques ou rénales, l'accumulation des extractifs, des leucomaïnes dans le sang préparent ces grands accidents convulsifs et comateux de l'éclampsie.

« On peut encore citer comme exemple de trouble de la nutrition de la femme enceinte, l'hyperchromie cutanée. La lithiase biliaire est fréquente pendant la grossesse et pendant la lactation ainsi que la tendance à l'obésité. »

Voici l'avis de Charrin sur la même question :

« Chez la femme enceinte, les oxydations sont poussées moins activement, partant les déchets de la nutrition sont plus toxiques.

« La rétention intestinale laisse s'exalter les fermentations putrides du tube digestif.

« En raison de la constipation, en effet, la muqueuse intestinale peut ne pas se trouver dans les conditions physiologiques normales.

« Pour ce qui est de la menstruation dont les femmes enceintes sont privées, son absence est synonyme d'intoxication ; beaucoup d'auteurs pensent, en effet, que le sang menstruel entraîne au-dehors des matériaux nuisibles ; le sang semble plus toxique la veille que le lendemain des règles ; en outre, au moment où cet écoulement se prépare, on note des céphalées remplacées ordinairement par une sensation de bien-être dès que le flux menstruel a paru. »

Comme Charrin, Pinard pense que le sang des règles possède un maximum de toxicité et « que l'absence des règles pendant la grossesse, constitue une rétention de sécrétions organiques (sécrétions de l'appareil génital), qui exige comme compensation une intégrité absolue des autres sécrétions ».

Supposons que cette intégrité absolue des autres sécrétions n'existe pas et nous aurons une véritable intoxication par le sang lui-même, ce que Schmoukle (Arch. Gyn. et Tocol, décembre 1897) et Keiffer (L'Obstétrique, 1897, n° 4), appellent la ménorrhémie.

Avec l'opinion de ces auteurs, la réponse à la question posée par Bouffe de Saint-Blaise apparaît très nette ; il n'est pas douteux qu'il faille répondre affirmativement. La grossesse normale est bien l'origine d'une surproduction de poisons ou même celle de la production de poisons spéciaux.

Pour les cas qui nous intéressent d'asthme puerpéral, ne négligeons pas de signaler les constatations de Repreff et Nengebauer (Soc. de Méd. de Karkoff, 1896) qui ont trouvé chez la femme enceinte des leucomaïnes plus abondantes qu'à l'état normal, constatations qui viennent à l'appui, pour ce qui est de l'asthme, de l'idée émise un an auparavant par Huchard.

Les conclusions que l'on peut tirer de ces faits nous paraissent simples ; l'intoxication gravidique peut produire l'asthme comme elle produit le ptyalisme et les vomissements incoercibles de la gros-

sesse comme elle produit l'éclampsie, tous phénomènes caractéristiques de l'état de gravidité (Audebert, Congrès de Paris, 1900).

La crise d'asthme peut même remplacer ces accidents et se présenter comme la seule manifestation de l'auto-intoxication gravidique. Il est intéressant de constater, en effet, que la plupart des femmes qui font le sujet de nos diverses observations n'ont pas présenté pendant leur grossesse de vomissements. Ce fait semble particulièrement digne d'intérêt si l'on considère que les vomissements de la grossesse sont expliqués d'une façon générale par l'excitation des branches gastriques du vague. Peut-être doit-on admettre avec Chambrelent que l'excitation portée sur les branches pulmonaires du même nerf et qui produit l'asthme, est une suppléance complète de l'excitation des branches gastriques.

Nous redirons avec Bouffe de Saint-Blaise : « On est incité à penser qu'il existe des matières spéciales qui, lorsque certains organes deviennent insuffisants peuvent donner lieu à des accidents spéciaux, et la multiplicité des accidents pourrait même faire penser que ces poisons sont multiples. »

Dès lors, chez la femme enceinte, de même que certains observateurs ont pu voir se manifester le diabète, ont ne s'étonnera point de voir la crise d'asthme se produire facilement à l'occasion d'un réflexe porté sur l'un quelconque des appareils de l'organisme.

Dans les cas ordinaires d'intoxication banale ptomaïnique ou leucomaïnique, par exemple, ce réflexe partira le plus souvent de l'appareil respiratoire. Pour l'intoxication gravidique, nous le verrons plutôt apparaître dans l'appareil génital.

PRONOSTIC

Nous ferons le pronostic à propos des suites obstétricales : Que doit-il advenir de la mère et de l'enfant ? D'une façon plus précise la crise d'asthme pendant la grossesse est-elle susceptible de provoquer la mort de l'enfant, et, dans le cas où cette mort ne serait pas consécutive aux souffrances endurées par le fœtus, la crise est-elle capable de provoquer l'avortement et par conséquent la mort du produit de la gestation ?

Quant à la mère, la crise elle-même peut-elle avoir une influence néfaste sur son existence et à un autre point de vue, l'avortement, s'il se produit, a-t-il une influence sur l'état de la mère ?

Nous allons nous occuper de ces divers cas :

1° **Influence de la crise sur la vie du fœtus.** — Nous avons décrit les souffrances de l'enfant pendant la crise ; les mouvements actifs ne sont plus perçus par la mère pendant la période de dyspnée ;

les battements du cœur fœtal sont ralentis et sourds.

Il est certain, comme le fait remarquer M. le professeur Audebert, dans son article des *Archives Médicales de Toulouse*, que les cas d'asthme connus sont trop peu nombreux pour qu'on puisse se faire une idée exacte sur ce sujet, mais notre maître émet l'hypothèse suivante, qui est certainement la vraie :

« La vitalité du fœtus ne peut être que très fortement compromise pendant la crise ; la suppression des mouvements actifs pendant tout l'accès, le ralentissement constaté du cœur en témoignent surabondamment. »

L'hypooxygénation de la mère retentit fortement sur l'enfant et il est très probable que s'il lui est impossible de résister au traumatisme de l'accouchement, comme il résulte de l'observation de M. Audebert, il aura aussi beaucoup de chances de ne pas survivre si les crises sont violentes et répétées alors que l'accouchement ne se produira pas.

2° Influence de la crise sur l'avortement. — Il nous reste à considérer la question de savoir si précisément la crise doit favoriser cet avortement. La question ne souffrirait pas la discussion, si l'on s'en rapportait à l'opinion de Brown-Séquard et l'avortement serait chose certaine. Brown-Séquard pense, en effet, que la présence de l'acide carboni-

que dans le sang détermine à bref délai l'apparition des contractions utérines ; tous les auteurs classiques ont adopté sa manière de voir.

Deux observations de Chambrelent que nous rapporterons plus loin sont cependant absolument contraires à ces idées. Il s'agit dans un cas d'une malade qui resta pendant plus de deux jours en état asphyxique sans que le début du travail se manifestât.

L'observation d'Audebert parle dans le même sens, et, par leurs expériences récentes, Chambrelent et Pachon sont arrivés à des conclusions contraires à celles de Brown-Séquard.

Ces auteurs se sont efforcés de produire l'asphyxie chez l'animal gravide par des procédés — dont le résultat se rapproche — autant que possible des cas qu'on observe en clinique.

Ils ont eu recours à la section des deux nerfs pneumogastriques des femelles arrivées à des époques variables de la gestation.

Voici la relation de leur plus intéressante observation à cet égard :

Lapine arrivée au quinzième jour environ de la gestation.

A 5 heures du soir, section des deux nerfs pneumogastriques.

Le rythme respiratoire prend immédiatement le caractère spécial (ralentissement avec inspiration pro-

fonde et prolongée, puis pose respiratoire). La respiration devient bruyante, c'est un véritable cornage.

L'animal succombe le lendemain, à 3 heures de l'après-midi, sans qu'il y ait avortement.

L'utérus renferme neuf petits ; ils sont morts.

En ouvrant la cage thoracique de la mère, on constate l'existence d'une hépatisation rouge très nette du poumon gauche tout entier. Le poumon droit est en partie seulement hépatisé.

Chambrelent et Pachon concluent ainsi :

« Ce fait expérimental semble confirmer que l'asphyxie, même lorsqu'elle se produit progressivement, ainsi qu'on l'observe le plus habituellement en clinique, n'est pas suffisante pour déterminer les contractions de l'utérus et pour amener la parturition. »

Avec ces derniers auteurs, nous admettrons donc que, non seulement l'avortement n'est pas la cause nécessaire de la crise d'asthme, mais qu'il ne se produira qu'exceptionnellement, comme le démontrent les observations d'Audebert, de Chambrelent et Pachon, et leurs études expérimentales.

La perte du fœtus par avortement n'est donc guère à envisager ; nous possédons cependant la relation d'un cas dans l'observation suivante de Halliday Croom :

OBSERVATION

« Une femme grande, très nerveuse, anémique, âgée de 25 ans, était en visite à Edimbourg. Elle se plaignit, à moi, un soir, de gênes et de difficulté dans

la respiration ; elle avait une très petite expectoration bronchique. Elle me raconta qu'elle en souffrait quelquefois au moment de sa menstruation. Il n'y avait pas de symptômes d'affection pulmonaire à l'exception de cette légère expectoration. Plus de règles depuis deux mois ; quoique la femme fut anémique, les règles avaient été régulières jusqu'alors. Sa première douleur dans la poitrine, avec difficulté de respiration, survint au moment où elle attendait l'apparition de ses règles; — c'était cinq semaines avant que je la vis. Elle avait souffert cinq ou six fois avant cette période, et ses crises revenaient avec une régularité parfaite quand elle était couchée depuis trois heures environ.

« La nuit suivante, j'étais précipitamment appelé auprès d'elle et je la trouvai en proie à une violente crise d'asthme. Elle était assise sur son lit, ses mains étreignant ses genoux, la face cyanosée, les yeux et les narines dilatés, les cheveux et le front mouillés de sueur.

« L'après-midi suivante, la malade vient me voir, se plaignant d'une douleur pelvienne et disant que ses règles étaient revenues, mais très peu abondantes. Le soir du même jour je la vis en proie à une crise encore plus violente qui dura trois quarts d'heure. La face était livide, les lèvres bleues, les yeux injectés de sang ; les sterno-mastoïdiens étaient très contractés et se dessinaient très bien sous la peau. Quand l'accès fut passé, elle se plaignit d'une douleur pelvienne et d'une perte abondante de sang.

« Je l'examinai et trouvai une forte hémorragie vaginale et de gros caillots dans le lit ; ces caillots, enlevés

et examinés, j'y trouvai un œuf entier d'environ deux mois. Elle guérit très bien et fut ensuite réglée d'une façon régulière.

« J'avais examiné avec soin les symptômes qu'elle présentait; elle n'avait jamais eu de vomissements le matin et pas d'autre indication de grossesse que la suppression des menstrues. » (Halliday Croom, *Edinburgh med. journal*, 1892.)

Cet auteur explique l'avortement d'une façon mécanique, par la violence de la crise et non par sa nature.

« C'est un fait, dit-il, que pendant l'expiration, les muscles abdominaux, principalement ceux du rectum, sont fermes et tendus ; la pression développée est suffisante pour vider le rectum et la vessie. La pression du sang, dans l'attaque de la nuit précédente, fut suffisante pour décoller l'œuf comme le démontrèrent la douleur et l'hémorragie du jour suivant ; la violence de la dernière attaque, due sans doute à l'activité de l'utérus, finit d'expulser le fœtus. «

L'observation de Halliday Croom n'est donc pas contraire à l'idée que nous avons énoncée.

3° **Influence de la crise sur l'état de la mère.** — Les accidents dus à la crise, bien qu'exceptionnellement fâcheux pour la mère, peuvent cepen-

dant, dans certains cas, devenir très graves pour elle.

L'observation de Chambrelent concernant une femme morte pendant la grossesse, est probante à ce sujet.

Voici cette observation :

OBSERVATION

« Dans la nuit du 7 au 8 novembre, j'étais appelé par un médecin-major de la garnison auprès de la femme d'un officier supérieur, enceinte de huit mois et demi environ et en proie à un accès d'asthme des plus violents.

« Agée de 40 ans, cette dame est, depuis plusieurs années, sujette à des crises d'asthme, plus fréquentes depuis deux ans qu'elle habite Bordeaux. Elle est enceinte pour la quatrième fois et ses grossesses précédentes ont évolué sans accidents.

« La grossesse actuelle date du commencement de mars 1897; il y a quelques temps, elle contracta l'influenza, affection pour laquelle elle suivait un traitement homœopatique.

« Le 7 novembre, elle eut un accès d'asthme plus violent que les précédents ; le médecin-major, appelé, conseilla des ventouses et des inhalations d'oxygène ; mais, craignant une complication par suite de l'état de la grossesse de la malade et pensant qu'une intervention active pourrait être utile, il me fit appeler.

« L'enfant paraissait âgé de 8 mois et demi environ,

se présentait par le sommet. Les bruits du cœur étaient nets et réguliers. Le travail ne paraissait pas commencé : le col, ramolli, avait toute sa longueur et paraissait difficile à atteindre.

« Je conseillai l'expectative jusqu'au lendemain matin, en continuant les inhalations d'oxygène et la révulsion.

« Le 8 novembre, je revis la malade avec mon confrère le Dr Hirigoyen, chirurgien en chef de la Maternité ; celui-ci confirma, après son examen, notre diagnostic de crise d'asthme.

« Nous constatâmes ensuite qu'il n'y avait pas de début de travail, et comme, vu l'état d'orthopnée de la malade, il eut été dangereux de la mettre dans le décubitus dorsal, comme c'eut été nécessaire pour provoquer l'accouchement ; comme, en outre, le cœur du fœtus continuait à battre avec régularité, nous conseillâmes l'expectative, en donnant à la malade un mélange de bromure et d'iodure de potassium.

« Le soir, l'état de la respiration est un peu amélioré.

« Aucune modification au point de vue obstétrical ; pas de début de travail ; les battements du cœur continuent à être normaux. Nous continuons le bromure et l'iodure.

« La malade succomba pendant la nuit à une augmentation de la dyspnée ; quelques instants avant la mort, l'auscultation n'avait plus permis de percevoir les battements du cœur fœtal.

« Le médecin-major, présent au moment de la mort, proposa de procéder à l'opération césarienne *post mortem*. La famille s'y refusa. » (*Crise d'asthme mortelle*

chez une femme enceinte. Communication de M. Chambrelent, le 28 décembre 1899, à la Société de Gyn. d'obst. et de Pœd. de Bordeaux.)

Cette observation démontre la gravité de la crise d'asthme pour la mère.

Il est cependant difficile d'établir une statistique d'après nos trop rares observations. Toutefois, pour huit cas que nous connaissons, nous relevons deux fois la mort pour la mère, soit une mortalité de 25 p. 100.

4° **Influence de l'avortement sur l'état de la mère.** — La seule observation d'avortement que nous possédions (Halliday Croom) nous permet de considérer le pronostic comme bénin pour la mère puisque, dans ce cas, les suites furent normales et exemptes de complications.

Nous ne saurions abandonner cette question du pronostic sans mettre en relief l'idée déjà émise par M. le professeur Audebert et qui résulte de ses observations, comme de celle de Chambrelent :

Si la maladie est antérieure à la grossesse, ses manifestations acquièrent alors une intensité beaucoup plus grande; elle est plus bénigne, au contraire, si elle s'est produite pour la première fois au moment et à l'occasion de la puerpéralité.

TRAITEMENT

Nous diviserons le traitement en médical et prophylactique et obstrétrical, nous réservant d'insister surtout sur le second, qui nous intéresse tout spécialement.

TRAITEMENT MÉDICAL ET PROPHYLACTIQUE

Le traitement médical sera celui de l'asthme en général, variable suivant qu'il s'agit de traiter la malade pendant l'accès ou dans l'intervalle des crises.

Nous n'énoncerons pas tous les médicaments susceptibles d'être employés pendant l'accès; nous signalerons simplement les principaux.

Les fumigations de papier nitré, de datura stramonium, la jusquiame et la belladone sous forme de cigarettes d'Espic, les inhalations d'oxygène, et, suivant la recommandation de G. Sée, de pyridine, donneront d'excellents résultats.

Nous ferons une mention spéciale du traitement par la morphine et les inhalations de chloroforme. Dans l'asthme vulgaire, la morphine en injections hypodermiques est considérée comme un moyen des plus actifs ; dans l'asthme pendant la puerpéralité, cette modification a produit d'excellents effets (Hyde Salter, Audebert), en modifiant instantanément la crise et en diminuant par le fait les souffrances du fœtus.

Quant au chloroforme utilisé en inhalations, il est spécialement préconisé par Hyde Salter ; cet auteur l'a employé avec succès, comme en témoigne une observation que nous avons citée : il est indiqué dans les crises graves où il pourrait avoir l'avantage de servir comme anesthésique si une intervention s'imposait.

Signalons aussi l'application de ventouses dont Hyde Salter et Chambrelent ont obtenu de si bons résultats.

Dans l'intervalle des crises, on administrera l'iodure de potassium ; la pyridine en inhalations pourra être donnée périodiquement ; la teinture de lobélie donne aussi de bons résultats ; enfin on pourra soumettre la malade à un traitement par les eaux minérales arsenicales ou les eaux sulfureuses.

Plus que jamais, chez la femme enceinte que l'on croira susceptible d'être atteinte par l'asthme, il faudra tenir compte de la prophylaxie ; ceci s'applique spécialement aux femmes qui auront eu des crises d'asthme au cours de leur existence et surtout

pendant leurs grossesses antérieures. On les soumettra à des prescriptions hygiéniques sévères : fuir les hautes altitudes, éviter les changements de température, conserver autant que possible la position horizontale.

On devra enfin surveiller attentivement l'alimentation.

Nous nous souviendrons ici des idées que nous avons émises à propos de la pathogénie : Huchard préconise le régime végétarien ou lacté dans tous les cas d'asthme toxique ; à plus forte raison, s'il s'agit d'intoxication gravidique, doit-on avoir recours au régime lacté.

A notre avis, il ne peut donner que de bons résultats ; peut-être est-il capable de rendre l'asthme évitable comme l'éclampsie.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL

Nous devons nous demander si dans les cas d'asthme il y a avantage à provoquer l'accouchement et en second lieu quel procédé employer dans le cas où l'accouchement provoqué sera reconnu nécessaire.

A priori, il semblerait naturel de se rattacher à l'opinion que M. Hirigoyen émettait au sujet de la première observation de M. Chambrelent (*Soc. de Gyn., d'Obs. et de Pœd. de Bordeaux*, 1899), à

savoir : qu'il fallait provoquer l'accouchement aussi rapidement que possible. Cette idée est cependant toute théorique; si on est tenté de l'adopter tout d'abord sans réserve, c'est que l'on a trop facilement tendance à comparer la dyspnée asthmatique aux autres dyspnées de la grossesse, tout particulièrement à celle si fréquente qui fait partie des accidents gravido-cardiaques.

Comme le dit très justement Chambrelent (*loc. cit.*), il faut différencier les causes qui produisent l'asphyxie et ne pas oublier que l'asthme est un accident d'ordre nerveux, susceptible, par conséquent, d'être aggravé par une intervention inopportune.

Dans l'asthme cardiaque, la dyspnée est sans rémission, les mauvaises conditions de l'hématose compromettent souvent la vie du fœtus d'une façon irrémédiable, les indications d'agir seront sans doute plus fréquentes ; dans l'asthme vrai, la dyspnée est intermittente, les dangers pour le fœtus ne sont pas constants.

Deux cas peuvent alors se présenter : les crises sont graves et fréquemment répétées, ou elles sont bénignes et espacées. Les indications obstétricales sont différentes dans ces deux cas.

Si les crises sont peu importantes et espacées, on devra se borner au traitement médical, qui pourra donner à lui seul, comme dans la plupart de nos observations, de bons résultats.

Si les crises sont graves et répétées, on pourra songer à intervenir dans l'intérêt de la mère, et surtout dans celui de l'enfant.

Quelque raison qui ait pu faire juger l'intervention nécessaire, il ne faudra opérer que dans des conditions spéciales; d'une façon générale, on n'interviendra pas au moment même de la crise.

Dans une observation de Chambrelent, c'est le travail survenant au moment de la crise d'asthme qui a semblé causer la mort, ce qui est pour beaucoup dans l'opinion suivante de cet auteur : « Je crois que le mieux est de s'en tenir au traitement médical et d'empêcher que le travail ne se déclare au moment de l'accès. »

Dans l'intervalle de deux crises, on se trouvera, au contraire, dans des conditions exceptionnellement favorables pour provoquer l'accouchement, à la condition qu'aucune crise ne survienne pendant le travail, résultat qu'on obtiendra par un accouchement provoqué rapidement.

Cette règle étant posée, il nous reste à étudier quels sont les moyens les plus favorables pour provoquer l'accouchement quand celui-ci sera décidé.

Il n'est pas absolument nécessaire, en général, d'avoir recours au procédé le plus rapide; le choix du procédé pour terminer rapidement l'accouchement dépend du temps dont on croit pouvoir disposer (menaces de nouvelles crises). Nous donnons d'ailleurs plus loin le tableau indiquant la durée moyenne du travail suivant les divers procédés employés. Nous allons d'abord donner une idée générale de ces procédés en nous inspirant du travail de M. Audebert (Parallèle entre l'accouchement

prématuré et la symphyséotomie) : « Les anciens procédés de Kiwisch, de Kleüge, les laminaires, la rupture des membranes, sont à peu près abandonnés aujourd'hui. Seule, la méthode de Krauss conserve encore quelques partisans. Mais le ballon de M. Tarnier est certainement un des plus employés et à juste titre. Le ballon de M. Champetier de Ribes, qui répond à des indications spéciales, agit beaucoup plus rapidement et, grâce à lui, on peut obtenir, soit une dilatation *accélérée*, soit une dilatation *forcée*. »

La dilatation *accélérée* se fait de la façon suivante :

Après avoir introduit le ballon vide dans le col, on fait pénétrer dans son intérieur environ 150 gr. de liquide (sa contenance étant de 500 centimètres cubes). Quand le ballon est sur le point de tomber dans le vagin, on ajoute du liquide et cela plusieurs fois, jusqu'à ce qu'on l'ait rempli complètement. La dilatation est faite quand il est expulsé.

Dans la dilatation *forcée*, on joint à cette opération des tractions dans le sens de l'axe du canal cervical. Le ballon arrive ainsi plus rapidement à l'orifice du col; on le refoule, on le remplit de nouveau et on renouvelle plusieurs fois ces mêmes manœuvres. On peut ainsi obtenir une dilatation suffisante à la deuxième reprise.

Cette dernière opération demande, au maximum, une demi-heure.

Après cette énumération des moyens les plus em-

ployés, surtout les ballons de Tarnier et de Champetier, nous citerons les ballons moins connus et qui, plus récents, ont moins fait leurs preuves, ceux de Treub, de Moussous, de Boissard et le procédé du décollement des membranes à l'aide d'une injection d'un demi-litre entre l'œuf et la paroi de Kufferath (Congrès de Bordeaux, 1895).

Nous sortirions des limites de notre travail, en donnant une description détaillée de ces procédés, leurs indications seules nous intéressent. Nous nous résumerons en disant : quand l'accoucheur ne sera pas pressé par des indications spéciales, il sera en droit de choisir le procédé dont il aura l'habitude et qui sera le plus facile à exécuter. Si, au contraire, l'intervention rapide s'impose, il choisira de préférence le ballon de Champetier de Ribes (méthode de dilatation forcée) et si l'on en croit les bons résultats cités par Didry (thèse de Nancy, 1897), il faudra recourir à la dilatation manuelle, méthode très rapide que ne contre-indiqueront que l'état de faiblesse extrême de la femme ou la rigidité totale du col.

Voici très succinctement les différents moyens de provoquer cette dilatation manuelle.

Trois procédés principaux sont à la disposition de l'accoucheur :

1° Le procédé de Rizzoli, qui consiste dans la dilatation avec une seule main, en introduisant d'abord l'index, puis successivement tous les autres doigts maintenus dans l'extension ;

2° Le procédé de Harris; après avoir introduit l'index comme dans la manœuvre précédente, on le fléchit et on le maintient dans la flexion; on fait de même avec tous les autres doigts les uns après les autres, de telle sorte que le poing est fermé et embrassé par le col quand l'opération est terminée;

3° Le procédé décrit par Bonnaire (*Presse médicale*, août 1897), qui consiste, le col étant amené à la vulve, dans son écartement par les deux mains.

Dans les cas de rigidité totale du col, on se conformera aux règles habituelles, c'est-à-dire qu'on fera des incisions du col suivant le procédé de Durhssen, consistant en deux incisions latérales qui s'étendent jusqu'à l'insertion du vagin.

Pour ce qui est de l'anesthésie opératoire, on ne peut poser de règles précises; la conduite à tenir, que de multiples conditions peuvent modifier, doit être laissée à l'initiative de l'accoucheur.

Toutefois, nous avons signalé les heureux résultats que Hyde Salter avait obtenus avec le chloroforme.

Si la femme a une crise au moment du travail, il est indiqué de s'en servir bien qu'avec précaution. On pourra profiter de l'anesthésie totale ou partielle pour hâter le travail et l'utiliser pour pratiqner immédiatement la dilatation manuelle.

Le chloroforme aura dans ce cas le double avantage d'agir comme médicament favorisant la respiration et comme anesthésique chirurgical.

Voici un tableau indiquant la durée du travail par les différents procédés :

Sonde de Krauze (d'après Oui).....		50 h. 1/2.
Ballon de Tarnier....	d'après Oui.....	29 heures.
	d'après Pinard...	47 —
Ballon de Tarnier.... et de Champetier....	d'après Oui.....	32 —
	d'après Pinard...	28 —
Ballon de Champetier	d'après Oui.....	19 —
	d'après Pinard...	13 —
Dilatation manuelle..	d'après Didry 10 à 30 minutes.	

On comprend, comme le dit M. Audebert, dans son travail, que le pronostic dépendant souvent de la rapidité de l'accouchement, une intervention supplémentaire spéciale, forceps ou version, sera nécessitée par la lenteur du travail et la faiblesse des contractions.

Ces dernières indications, qui s'appliquent à la terminaison de l'accouchement provoqué, s'appliqueront à plus forte raison au travail survenant normalement pendant une crise d'asthme, travail qu'on aura tout intérêt à précipiter.

Si la femme succombe pendant la crise, l'accoucheur devra exposer à la famille que l'enfant peut être vivant et lui proposer de tenter de le sauver.

On peut en effet espérer avoir un enfaut vivant, car on n'a pas eu affaire à une affection longue et constante, qui aurait pu l'épuiser; la mort de la

femme relativement rapide, causée par une crise aiguë, mais courte, diffère essentiellement de la mort consécutive à une crise d'urémie ou d'insuffisance cardiaque. Le fœtus enfermé dans la cavité utérine peut survivre un certain temps ; la disparition des bruits du cœur fœtal peut n'indiquer qu'une mort apparente. Il y a donc quelques chances de conserver l'enfant et l'accoucheur, pour peu qu'il ait des doutes, doit s'efforcer de le tenter.

Il a le choix pour extraire l'enfant entre deux procédés : l'accouchement forcé par les voies naturelles et l'opération césarienne.

On donne en général la préférence, à moins de vice spécial du bassin ou du col, à l'accouchement forcé ; il évite à l'opérateur les commentaires malveillants d'une assistance qui pourrait l'accuser d'être l'auteur d'une mort seulement apparente. C'est en effet ce doute qui fait surtout éloigner la césarienne.

Dans notre cas, cependant, ce doute ne saurait subsister, puisque nous avons vu la femme arriver progressivement à l'asphyxie finale.

Il n'y a donc pas de raison pour éloigner de parti-pris la césarienne ; à notre avis même, elle aurait l'avantage d'être une opération peut-être plus rapide et aussi facilement praticable. Cependant, dans une observation que M. Audebert a mise à notre disposition et que nous citons ci-dessous, on voit que l'accouchement forcé, pratiqué *in extremis* chez une femme à terme, n'a duré que onze à douze minutes et a été par conséquent très rapide.

Accouchement forcé chez une femme moribonde. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, août 1895).

Observation d'une femme à terme qui fut amenée à l'hôpital presque mourante : elle venait de recevoir plusieurs coups de couteau, qui avaient amené une hémorragie des plus abondantes. Après version par manœuvres externes, pour ramener le siège en bas, j'essayai de pratiquer l'accouchement forcé. La dilatation du col fut pénible et demanda sept à huit minutes ; je ne constatai pas le ramollissement inférieur décrit pendant la période agonique. Le pied saisi est amené à la vulve, première difficulté pour l'engagement du siège ; relèvement des bras. L'extraction dura quatre minutes.

Enfant mort, pesant 3850 grammes.

La mère mourut quelques minutes après.

CONCLUSIONS

1° L'asthme peut se manifester pour la première fois à l'occasion de la puerpéralité et même exclusivement pendant la gestation ; il devient alors, en l'absence d'autres symptômes, un *vrai signe de grossesse*.

2° Il peut apparaître à toutes les périodes de la puerpéralité.

3° L'asthme puerpéral peut être considéré comme une manifestation de l'auto-intoxication gravidique.

4° Le pronostic est sérieux pour l'enfant, dont la fonction respiratoire est gravement compromise, et pour la mère qui peut succomber, soit dans le travail, soit dans le *post partum*.

5° Le traitement médical sera celui de l'asthme en général.

6° Le traitement obstétrical sera indiqué dans trois circonstances :

A. — **Pendant la grossesse** il sera utile de provoquer le travail quand les crises seront graves et

répétées et quand l'intérêt de l'enfant l'exigera : on choisira pour intervenir une période d'accalmie.

Pour provoquer le travail, on donnera la préférence à la dilatation forcée par le ballon de Champetier de Ribes, et en cas d'urgence absolue à la dilatation manuelle sous le chloroforme.

B. — **Si le travail est commencé,** on l'accélérera autant que possible.

C. — **Si la femme succombe,** on tentera de sauver l'enfant par l'accouchement forcé ou la césarienne.

Vu et approuvé :
Le président de la thèse,
RÉMOND.

Vu : *Le Doyen,*
CAUBET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 3 juin 1901.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
PERROUD.

BIBLIOGRAPHIE

AUDEBERT. — Archives médicales de Toulouse, avril 1901.

— Parallèle entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie.

BIERMER. — Ueber Bronchial Asthma.

BOUFFE DE ST-BLAISE. — Les auto-intoxications de la grossesse.

CHAMBRELENT. — Soc. de Gyn. Obs. et Pœd. de Bordeaux, 1895.

— Soc. de Gyn. Obs. et Pœd. de Bordeaux, 1899.

— Société de Biologie, 1899.

CHARRIN. — Revue de physiologie, janvier 1901.

DEMELIN. — Obstétrique d'urgence.

DIDRY. — Thèse de Nancy, 1897.

HALLIDAY CROOM. — Edinburgh med. journal, 1892.

HUCHARD. — Communication à la Société thérapeutique, mars 1895.

HYDE SALTER. — On uterinum asthma. The Lancet, 1850.

KATZ. — Deutsche med. Wochenschr. 1896.

VON LEYDEN. — Deutsche Militarartzliche Zeitschrifft, 1886.

LEGENDRE. — *in* Bouchard, Traité de Pathologie générale.

VEIL. — Thèse de Paris, 1899.

WARING CURAN. — Astma, its Pathology ant Treatment, 1868.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7
PREMIÈRE PARTIE. — Asthme en général 9
Asthme utérin 12
DEUXIÈME PARTIE. — Asthme puerpéral 19
Asthme dans la grossesse 21
I. Asthme signe de grossesse 21
II. Description de la crise 29
III. Diagnostic 30
Asthme dans le travail 36
Asthme dans le *post partum* 45
Asthme dans l'allaitement 49
PATHOGÉNIE 50
PRONOSTIC 56
TRAITEMENT 65
CONCLUSIONS 76

Toulouse. — Imp. Lagarde et Sebille, rue Romiguières, 2.